In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









DIAGNOSTIC D'UNE PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE

Plan du cours

I- DÉFINITION – GENERALITES

II- RAPPEL :

- Anatomique
- Physiologique

III- PHYSIOPATHOLOGIE

IV- DIAGNOSTIC POSITIF

V- DAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

V-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

VI- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

VII- CONCLUSION

DÉFINITION /GENERALITES

La paralysie faciale périphérique est l'atteinte du nerf facial siegeant soit à son origine (Noyau du VII), soit sur son trajet :
- angle ponto cérébelleux
- intra-pétreux
- extra-pétreux

occasionant des troubles moteurs, végétatifs, sensitifs de l'hémiface concernée

Elle pose essentiellement un problème de dianostic etiologique car si la PF A frigore est l'étiologie la plus fréquente, elle peut être le symptomes de certaines pathologies organiques dont il faut savoir faire le diagnostic.

RAPPEL ANATOMIQUE

Le nerf facial (VII) est un nerf mixte :

- Volumineuse racine motrice => muscles de la face et du cou.
- Racine sensitivo-sensorielle plus grêle = intermediaire de Wrisberg.

Origine :

- Les fibres brachiomotrices issues du noyau facial : situé à la base du pont, ≈7000 neurones, subdivisé en 2 groupes :
  - Groupe ventral : déstiné au terr sup de la face reçoit les projections corticales homo et contro-laterales.
  - Groupe dorsal : déstiné au terr inf de la face reçoit les projections corticales contro-laterales.

Les fibres viscer motrices issues du noyau lacrym palat -nasal.

Les fibres sensitives cutanées se terminent dans le noyau spinal du trijumeau.

- Les fibres gustatives dans le noyau du tractus solitaire.

- Les fibres viscero-motrices issues du noyau salivaire superieur.

A l'origine du nerf, le contingent sensitif est séparé de la racine motrice et constitue un nerf distinct = Intermediaire de Wrisberg ou VIIbis, sauf pour le syst lacrymo-palato nasal qui, lui, fait partie integrante du VIImoteur.

- Les 2 nerfs émèrgent de la fossette laterale du bulbe.

Trajet :

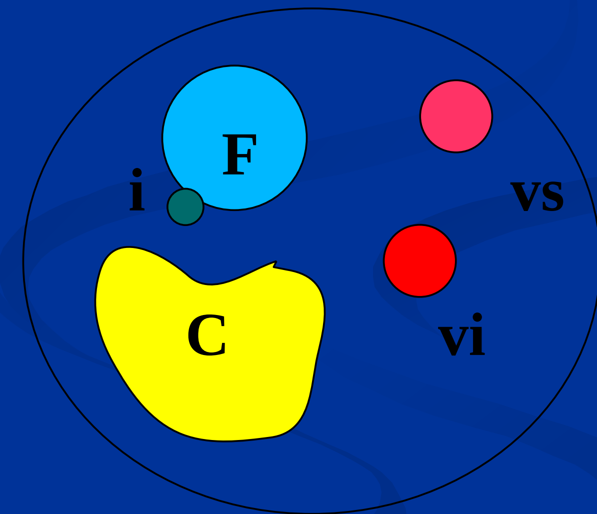
Portion intra-cranienne (Foss lat du bulbe => CAI) Cheminent av le VIII => Pedicule acoustico-facial, traversent l'angle pont -céréblleux (Rapports etroits avec la PICA).

Portion ba [redacted] cranienne int [redacted] petreux, long 30 mm.

[redacted] (CAI) : le VII et leVIIbis [redacted] pour se [redacted] ns le CAI, dans lequel il occupe la partie antero-superieure

- Dans le canal facial : trajet très variable, divisé en 3 portions:

Portion labyrinthique : horizontale, comprise entre cochlée en avant, et ampoule du CSC lateral, c'est le segment le plus etroit (83%) = exposition à tout processus affectant le calibre ou la vascularisation du canal. Le nerf fait un virage de 75° dans le plan horizontal = Genou du VII

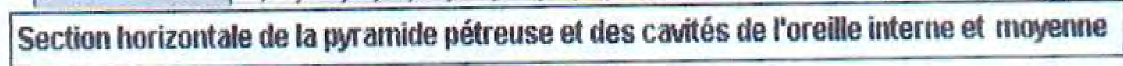


Conduit auditif interne

Ant.
Méd.
Lat.
Post.

1- N. Facial (VII)
2- N. Intermédiaire (VII bis)
3- N. Cochléaire (VIII c.)
4- N. Vestibulaire (VIII v.)
5- Méat acoustique interne
6- Aire faciale
7- Modiolus de la cochlée
8- Labyrinthe membraneux
9- Ganglion géniculé
10- Canal facial

A - Tube auditif
B - Caisse du tympan
C - Antre mastoïdien



Section horizontale de la pyramide pétreuse et des cavités de l'oreille interne et moyenne

S'élargit pour donner le ganglion geniculé, d'ou partent :

-Le nerf grand petreux, qui sort du rocher, reçoit le nerf petreux profond pour former le nerf vidien => gg ptérigopalatin => fibres à destinée lacrymale et nasale.

-Le nerf petit petreux.

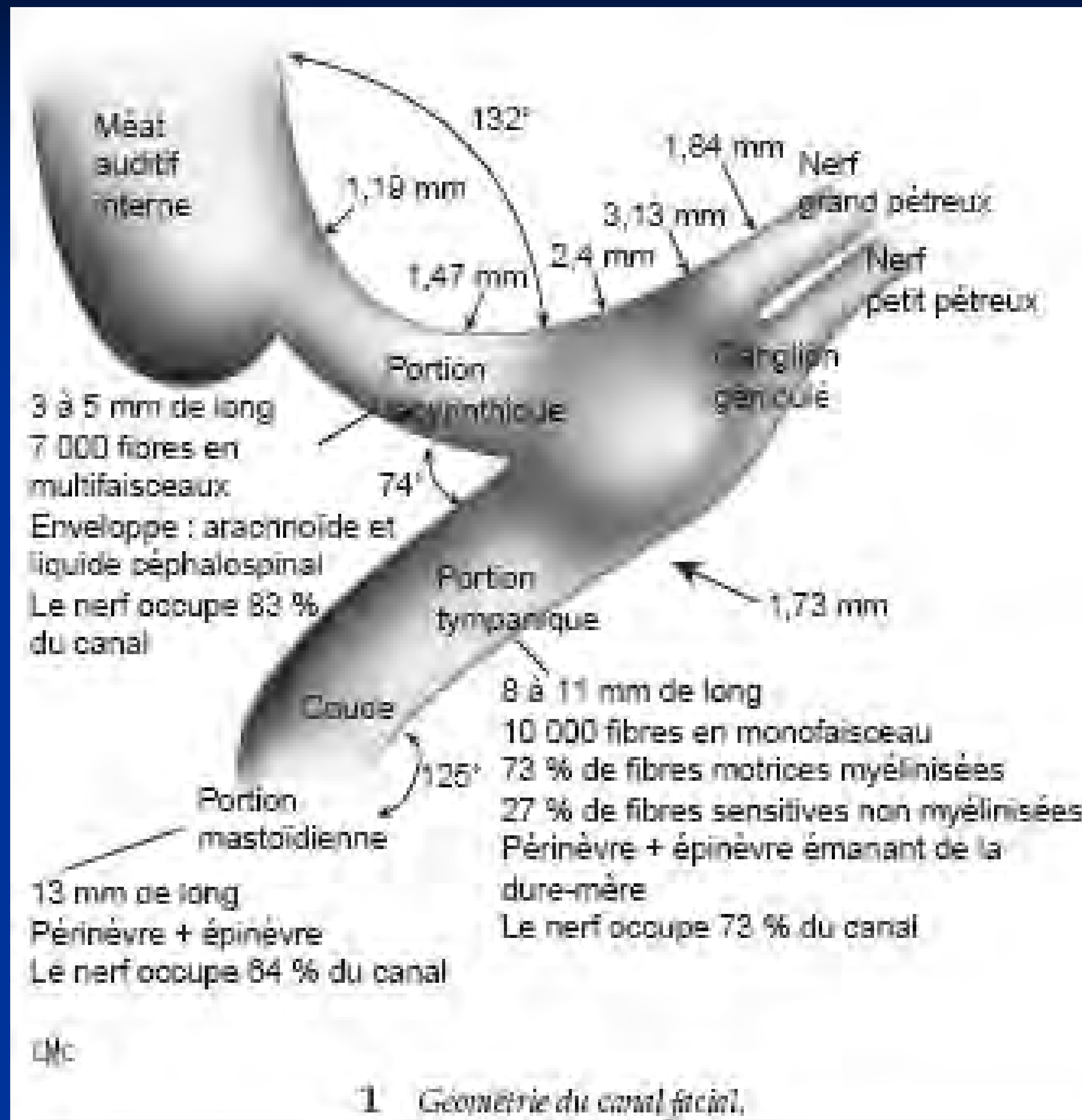
Portion tympanique : 10 à 12 mm, recouverte d'une coque très fine, fait saillie dans la paroi interne de la caisse du tympan sous le relief du CSC lateral pour amorcer une courbure de 11O à 125° vers le bas sous la partie mediale de l'aditus = coude du VII.

Portion mastoidienne : 13 mm, verticale, fait suite au coude, situé dans le retrotympanum, poursuit sa route jusqu'au foramen stylo-mastoidien, le nerf aura auparavent abandonné 2 collaterales :

- Le nerf du muscle stapédien
- La corde du tympan qui rejoint le nerf lingual.

Portion extra-cranienne :

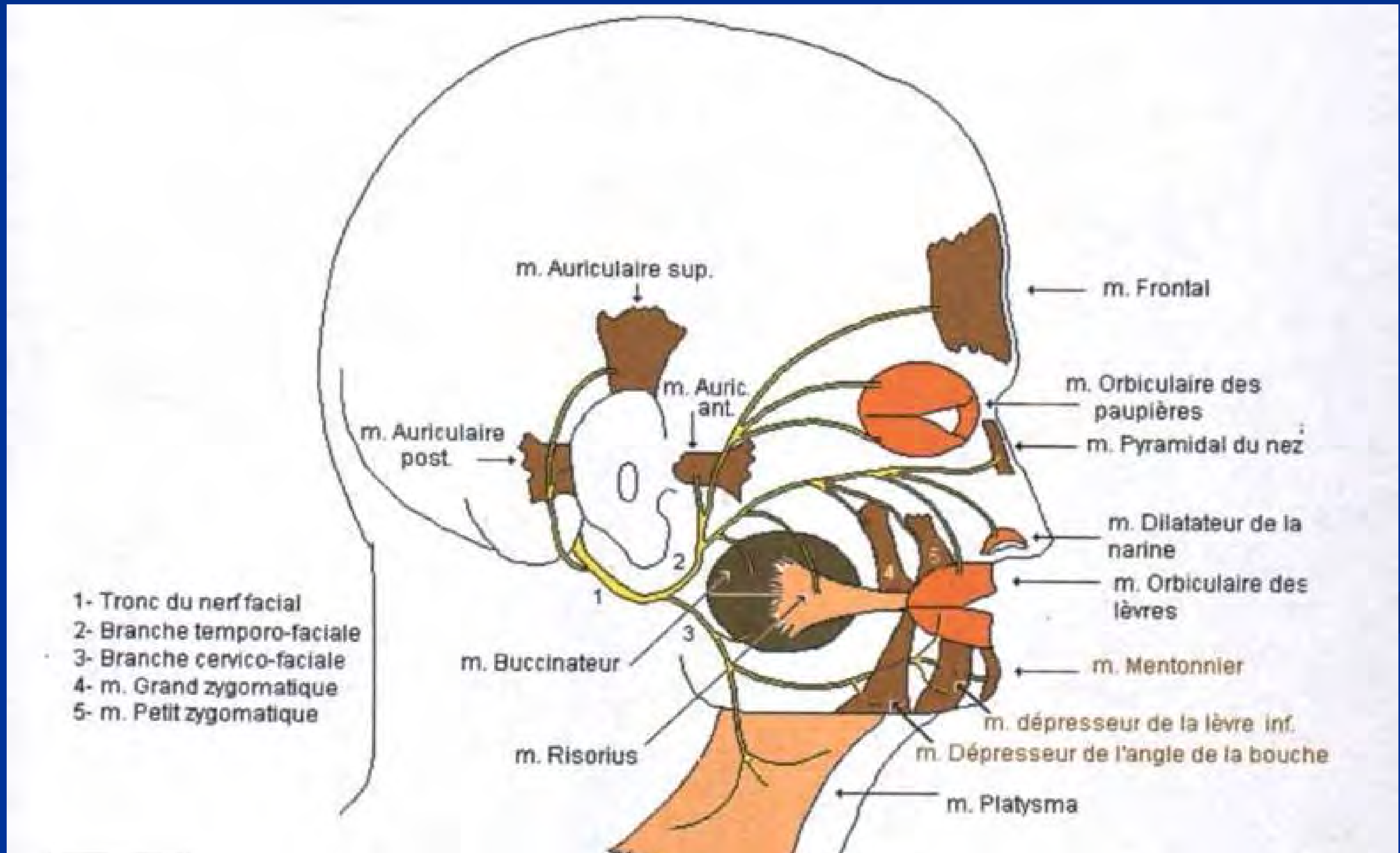
- Court trajet dans l'espace retro-stylien
- Traverse le rideau stylien
- Pénètre dans la parotide par sa face post, où il donne des collaterales : Rameau communiquant avec le X, anse de Haller, rameaux pour le muscle digastrique et stylohyoidien



1 *Géométrie du canal facial.*

Branhes terminales : en général le VII se divise dans la parotide en 2 branhes terminales :

- Branche temporo-faciale : se divise en rameaux tempoaux, zygomatiques et buccaux superieurs
- Branche cervico-faciale : donne le rameau buccal inf, mentonnier et rameau du cou.



RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

le nerf facial est un nerf mixte : moteur, végétatif et sensitivo-sensoriel.

Fonction motrice : Concerne essentiellement les muscles peaucier de la face et du cou

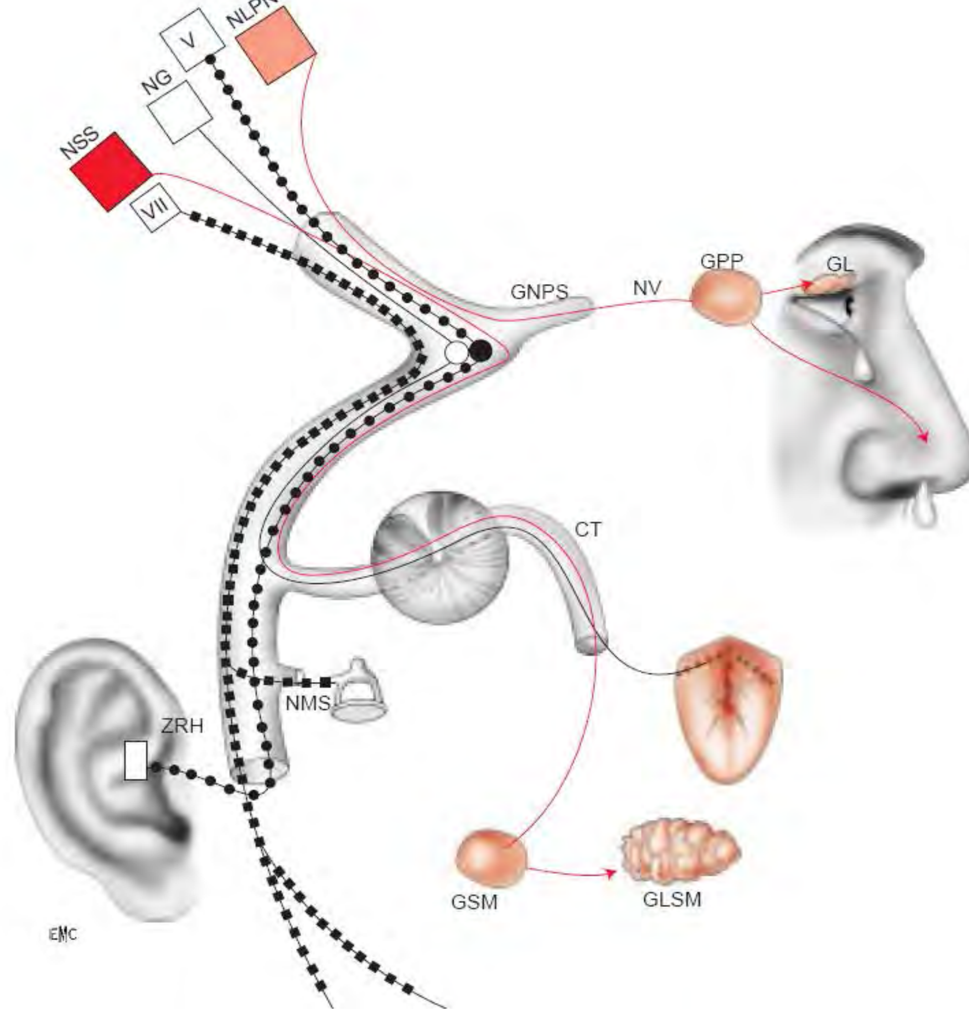
- nerf du muscle de l'étrier = reflexe stapedien
- le muscle stylo-hyoïdien et le ventre post du digastrique.

Fonction sensitive : zone de Ramsay-Hunt.

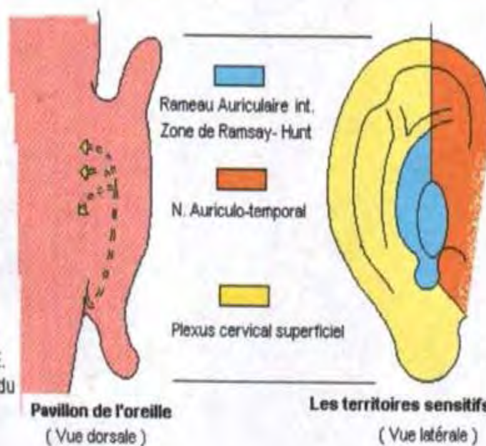
Fonction sensorielle : gustative des 2/3 antérieurs de la langue via la corde du tympan, aprés avoir cheminé dans le nerf lingual.

Fonction végétative :

- Sécrétion lacrymo-palato-nasale par le nerf grand petreux
- Sécrétion salivaire des glandes sous mandibulaires et sub-linguales (la corde du tympan).



Le rameau auriculaire interne nait dans la partie terminale du canal facial. Il sort par le foramen stylo-mastoïdien.
Il assure l'innervation sensitive des téguments de la conque, du M.A.E. et de la face ext. du tympan.

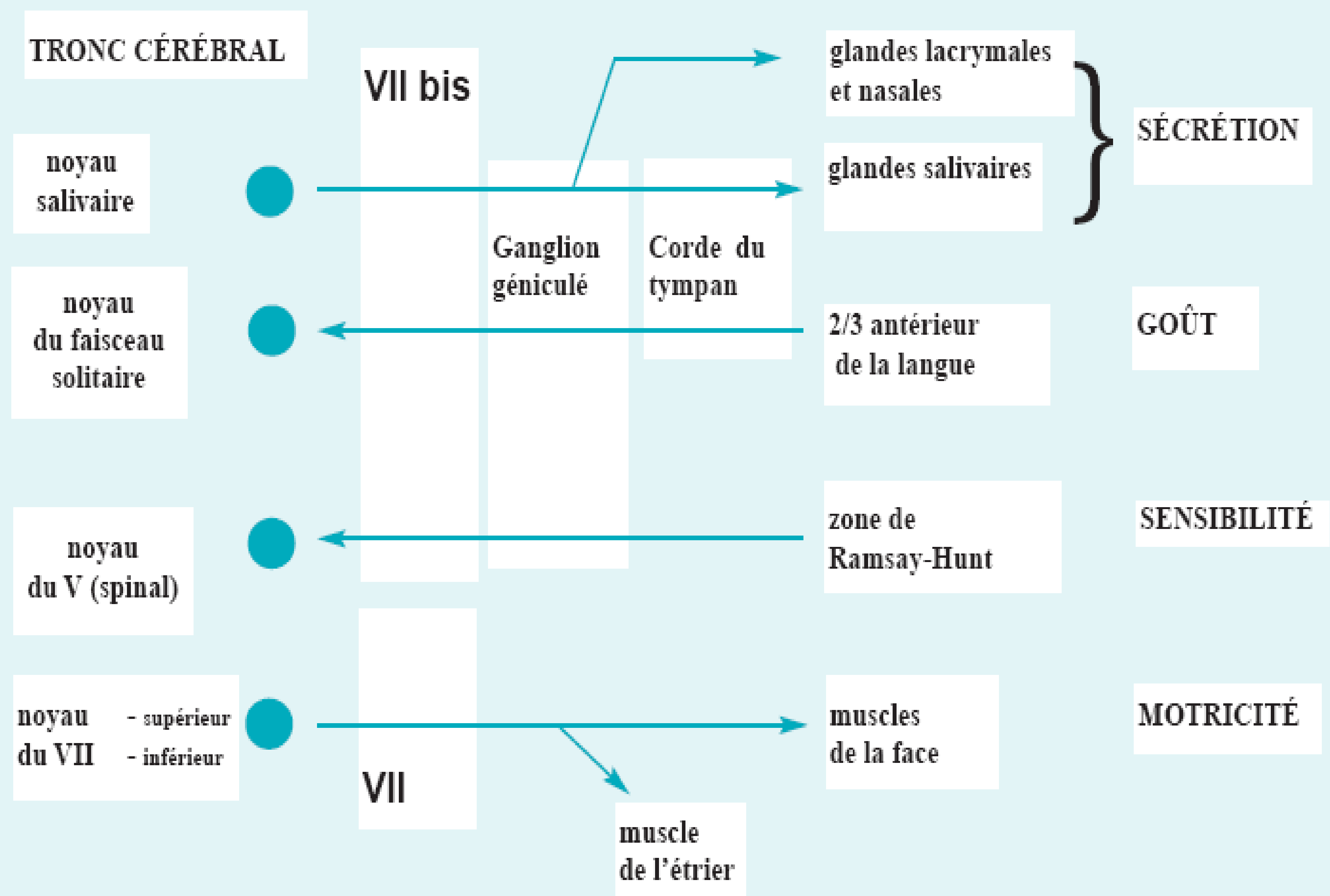


Pavillon de l'oreille
(Vue dorsale)

Les territoires sensitifs du pavillon.
(Vue latérale)

Le territoire du Rameau auriculaire interne (Zone de Ramsay-Hunt) est le siège de l'éruption vésiculeuse du Zona géniculé.

Systématisation des fibres du VII et du VII bis



PHYSIOPATHOLOGIE

Un traumaisme sur l'axone entraine des modifications histologiques et biologiques, celles-ci apparaissent au niveau du corps cellulaire et à distance, dont la sévérité depend : de la distance du trauma du corps cellulaire, du type de trauma, de l'âge du patient.

Mecanismes : plaies, etirement, compression, ischémie.

Types de lesions :

Neurapraxie demyelinisation sans interruption axoplasmique et se traduit par un bloc de la conduction, la guerison est le plus souvent complète aprés élimination de l'agent responsable.

Axonotmesis : interruption de la gaine de myéline et de l'axoplasme mais la gaine de soutien conjonctive (épinerve) est réspéctée assurant ainsi la régénérescence nerveuse.

Neurotmesis : interruption histologique complète du nerf = aucune chance de régénération ou de guérison.

Dégénérescence wallérienne : après une lésion nerveuse la dégénérescence s'installe 2 à 3 jours, d'abord distale puis proximale jusqu'au 1er noeud de ranvier sus-jascent.

La repousse axonale s'effectue à partir d'un cône de croissance avec myélinisation dans un second temps à la vitesse de 1 à 3 mm/j.

DIAGNOSTIC POSITIF

Interrogatoire :

- Date et mode de début : Brutal ou progressif
- Contexte d'apparition : Syn grippal, trauma,...
- Antécédents médico-chirurgicaux
- Signes fonctionnels : sensation de déviation latérale de la bouche du côté sain, hemiface lourde, engourdie,...
- Signes associés : otalgie, sensation de goût métallique...

Examen clinique :

1- **examen du visage :**

Au repos : - Diagnostic facile sauf NRS.

- Asymétrie avec hémiface lisse et flasque

Coté sain

- attraction du nez
- attraction de la bouche



Coté paralysé

- effacement des rides du front
- élargissement de la fente palpébrale
- abaissement de la paupière inférieure
- effacement du pli naso-génien
- chute de la commissure labiale

Lors des mouvements :

La paralysie devient évidente si on demande au patient de fermer les yeux, siffler ou gonfler les joues :

1- impossibilité de fermer l'œil = lagophtalmie et signe de Charles Bell, essentiel, différencie l'atteinte peripherique de l'atteinte centrale.



Signe du peaucier de babinski

3- La parole peut être gênée par la déviation de la bouche

4- La mastication est perturbée

Remarques :

- Il peut exister une forme FRUSTE de la PF qui se manifeste par des signes de parésie :

Signe de Souques : lors de la fermeture maximale de l'œil les cils apparaissent plus longs du coté paralysé)

Signe du clignement de Collet : lors du clignement, la paupière du coté paralysé se ferme en retard

- PF chez le sujet comateux :

- Hypotonie de la joue du coté paralysé : sujet «fume la pipe»

- Manoeuvre de Pierre Marie et Foix : pression bilat du creux sous-parotidien, entrainant une douleur qui provoque une grimace, qui sera absente du côté paralysé.

2- Troubles des réflexes :

- Naso-palpébral, Cochleo-palpébral, Optico-palpebral abolis
  Réflexe cornéen (non recommandé) est aboli ou S.charles bell.

3- Troubles sensitifs et sensoriels :

- Agueusie des 2/3 ant de la langue
- Hypoesthésie de la zone de Ramsey Hunt
- Hyperacousie douloureuse (abolition du rfx stapédien)

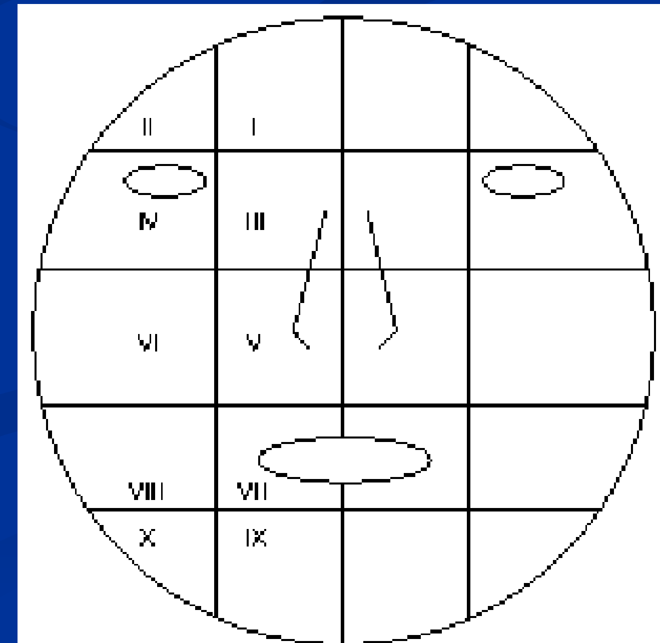
D- Troubles sécrétoires et vasomoteurs :

- Rougeur de hémiface
- Diminution de la sécrétion lacrymale et salivaire

E- testing musculaire : evalue la PF, immediat afin d'valer le degrés de l'atteinte & à distance pour evaluer la récuperation

Testing musculaire de la face, selon la classification de Freyss : explore 10 groupes musculaires dont la motricité et cotée de 0 à 3 avec représentation sur un schéma et calcul du score total sur 30

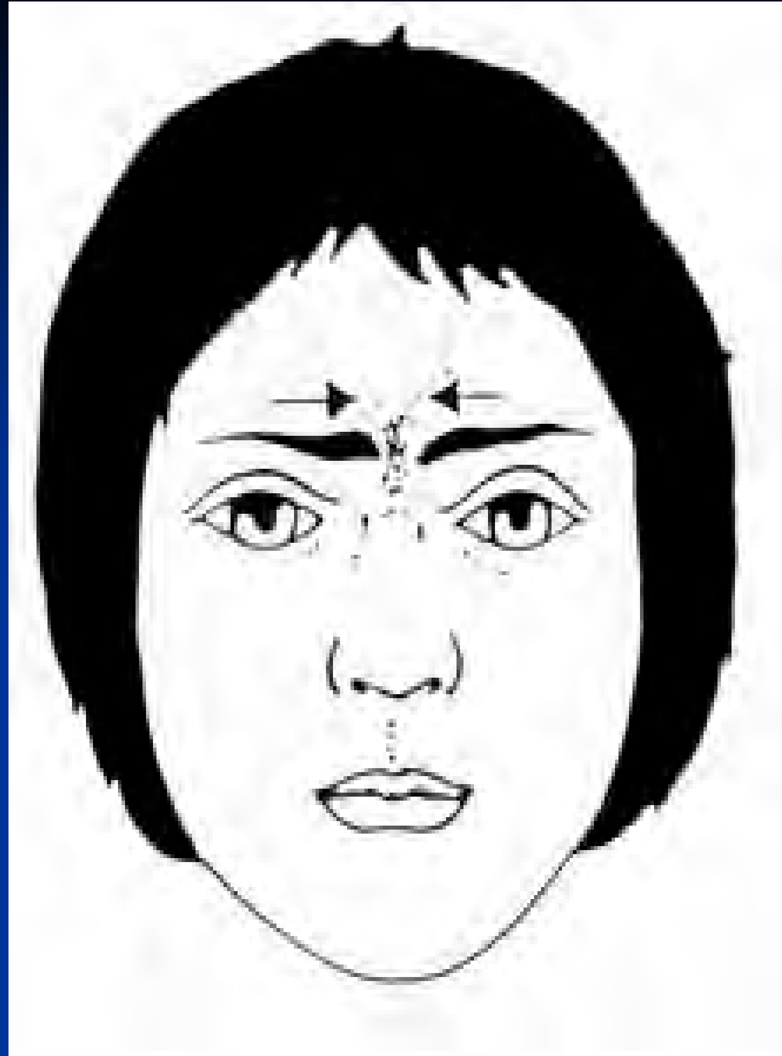
- 0 = Pas de contraction
- 1 = Contraction minime
- 2 = Contraction ample mais avec difficulté et sans force
- 3 = Les mouvements sont complets et avec force





1 – Frontal (soulever les sourcils)

« faites les gros yeux »



2 – Sourcilier : « froncez les sourcils »

"colère"



3 – orbiculaire des paupières « Fermer les yeux avec force »



4 – Pyramidal « froncer le nez »

(Expression de mauvaise odeur)



5 – Orbiculaire des lèvres « sifflez »



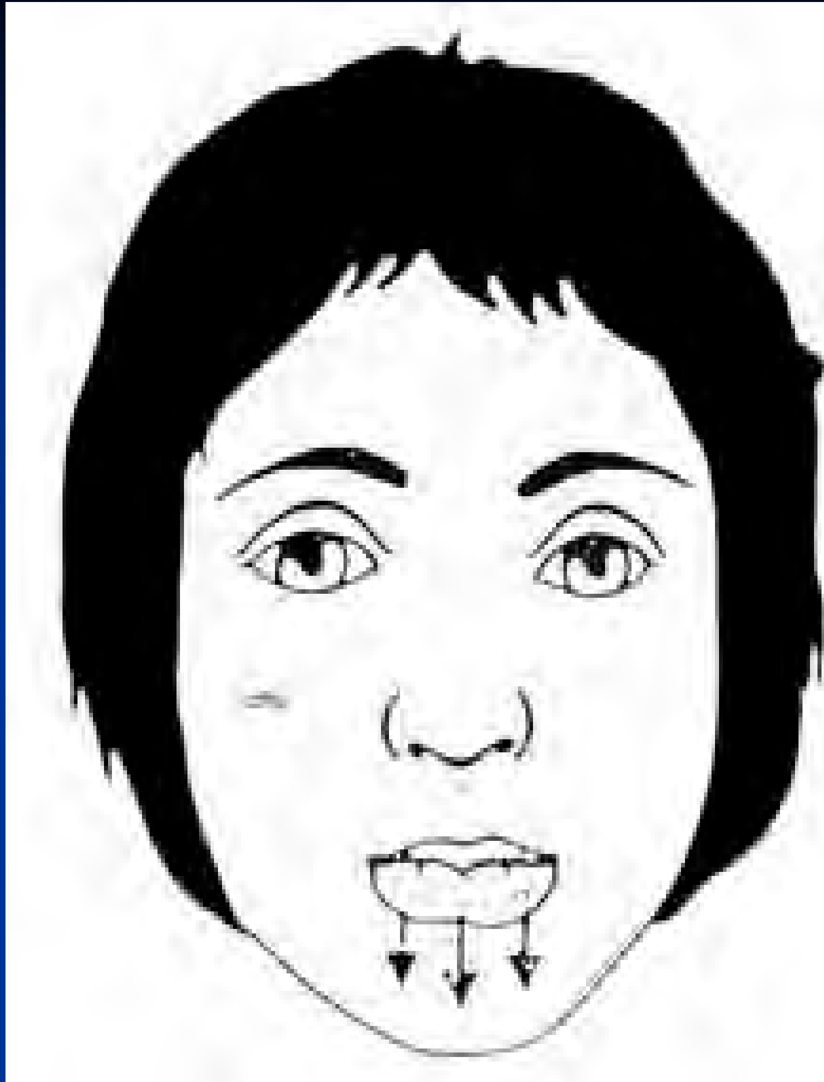
6 – Risorius « Sourir lèvres jointes »



7 – Zygomatique « Sourire en montrant les dents »



8 – Buccinateur « gonflez les joues »



9 – Carré du menton « protrusion de la lèvre inférieure »

10 – Releveur du nez et de la lèvre superieure

Resultats :

- PF légère : Score entre 20 et 30
- PF moyenne : Score entre 10 et 20
- PF sévère : Score entre 0 et 10
- PF totale : Score = 0

Classification de House-Brackmann :

Syst de référence pour l'academie americaine de chir ORL

Échelle d'évaluation de House et Brackmann.

Grade I :	100 % de mobilité faciale. Mobilité faciale et tonus sont normaux
Grade II :	Légère dysfonction : 80 % de mobilité faciale estimée. Au repos, symétrie et tonus normaux. Aux mouvements, apparition d'une légère asymétrie sans contracture avec absence ou présence de discrètes syncinésies
Grade III :	Dysfonction modérée : 60 % de mobilité faciale estimée. Au repos, symétrie et tonus sont normaux. Diminution globale de la mobilité. La fermeture oculaire est obtenue même si l'effort nécessaire est important. Spasmes et syncinésie sont présents mais ne défigurent pas
Grade IV :	La dysfonction est modérément sévère : 40 % de mobilité faciale estimée. Au repos, le tonus est normal, la symétrie globalement conservée. Aux mouvements, il n'y a pas ou très peu de mobilité frontale. La fermeture oculaire complète ne peut être obtenue malgré un effort maximal. L'existence de syncinésies sévères ou d'un spasme entravant la mobilité faciale doivent amener à classer dans ce grade
Grade V :	Dysfonction sévère : 20 % de mobilité faciale estimée. Au repos, l'asymétrie est évidente et le tonus déficient. Seuls quelques mouvements sont perceptibles au niveau de l'œil et de la bouche. À ce stade il ne peut y avoir ni spasme ni syncinésie
Grade VI :	Paralysie faciale complète : 0 % de mobilité faciale estimée

Etude éléctrophysiologique

Principe : recueil de l'activité musculaire ou nerveuse aprés stimulation electrique ou magnétique du VII, soit par simple observation ou en analysant les potentiels éléctriques.

* Stimulation simple et observation clinique : trois tests peuvent être réalisés dans ce cadre :

– *indice de dissociation de seuil* (IDS): Il compare le seuil de réponse musculaire clinique à des stimulations de 1, 100, 300 ms

– *test de Hilger :* C'est un test ambulatoire de réalisation simple. Il utilise une stimulation préauriculaire, d'intensité croissante. Une différence de 3,5 mA entre les deux côtés est pathologique.

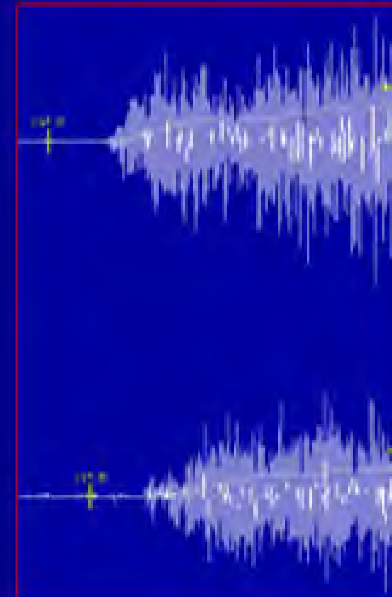
– *test d'excitabilité maximale de May :* Il met en place une stimulation maximale et une observation visuelle non quantitative de la contraction musculaire.

* Électromyographie (EMG de détection)

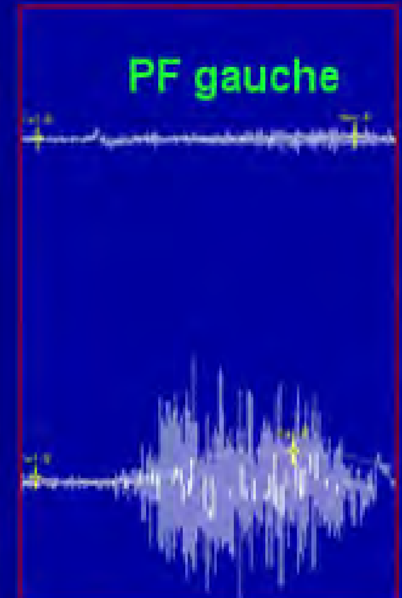
C'est la détection au repos et aux mouvements volontaires de l'existence de potentiels lents ou polyphasiques de réinnervation ou des potentiels de fibrillation témoignant de la dénervation. L'inconvénient de l'EMG de détection est de ne révéler les signes électriques de dénervation que tardivement, 2 ou 3 semaines après la lésion nerveuse, du fait de la relative lenteur de la dégénérescence wallérienne.

EMG des muscles faciaux





EMG facial droit et gauche symétrique

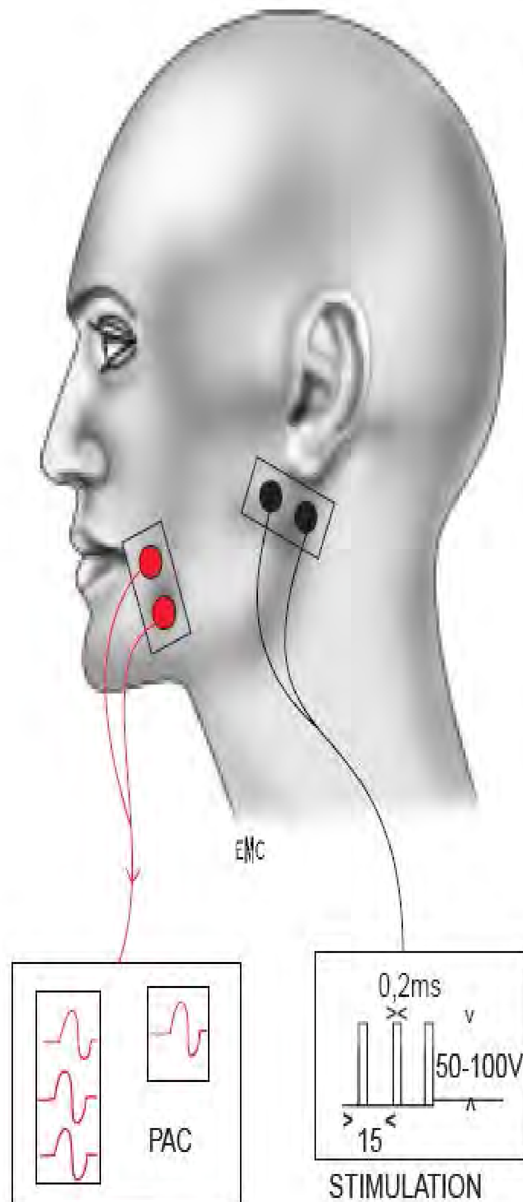


Absence d'activité EMG dans les muscles faciaux gauches

* Tests de stimulodétection : Leur principe général est de stimuler le nerf au foramen stylomastoïdien, et de recueillir la réponse musculaire évoquée par EMG.

- Électroneuronographie (ENOG) ou test d'Esslen ou EMG évoqué :

- Elle utilise une stimulation supramaximale du nerf à son émérgence.
- L'amplitude du potentiel d'action composite recueillie est représentative du pourcentage de fibres recrutables non dénèrvées par rapport à celles du côté sain, on calcule ainsi un rapport dont la valeur permetterai de deduire le % de dénèrvation.
- Elle ne fait pas la différence entre neurotmésis et axonotmésis.
- Si la dégénérescence des fibres dépasse 80 à 90 %, les séquelles seront importantes.
- La dégénérescence axonale parvenant à son terme au bout de 7- 10 jours, cette méthode a une valeur pronostique à ce moment là.



3 *Électroneuronographie. Technique (d'après [24]). PAC : potentiel d'action composite.*

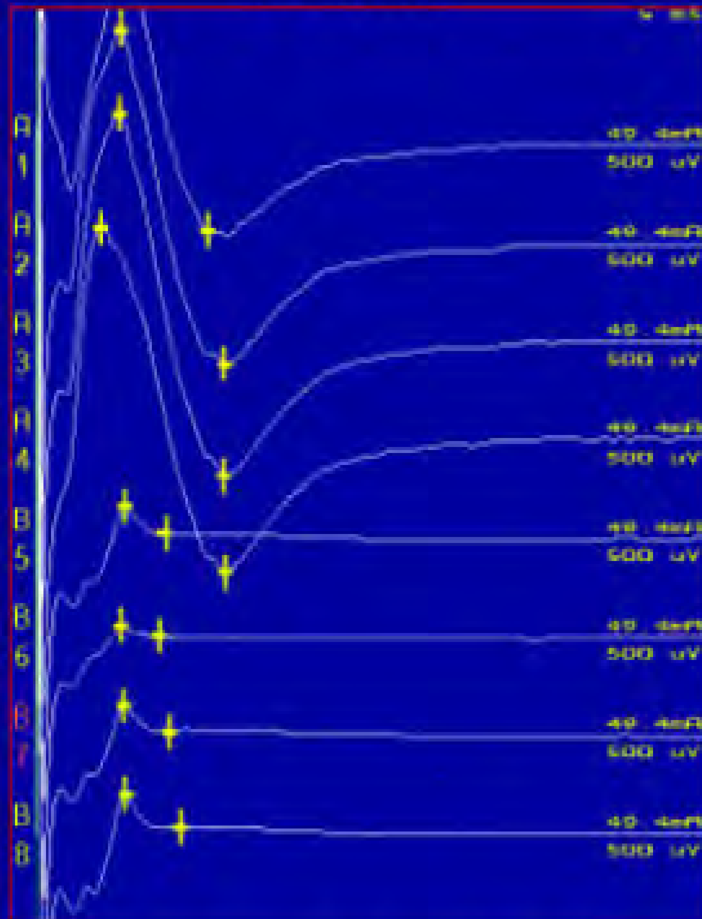
Electroneuronographie d'Esslen



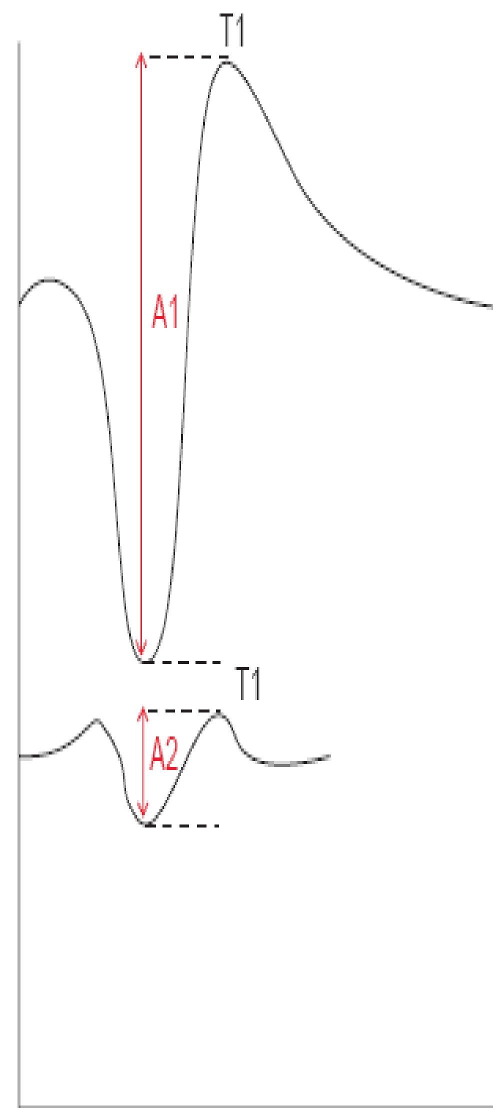
Electroneuronographie d 'Esslen

Droit

Gauche



Paralysie faciale gauche



4 *Électroneuronographie. Calcul du pourcentage de dénervation. $A_2 / A_1 \times 100 \Rightarrow$ pourcentage de dénervation.*

** Autres :*

-Étude du réflexe trigéminofacial (réflexe de clignement)

- Stimulation antidromique du VII
- Stimulation magnétique transcrânienne du VII

Les 2 dernières ont comme particularité la détection précoce des signes de souffrance nerveuse.

Au total, les tests électriques ont un grand intérêt car ils permettent d'apporter au clinicien des renseignements sur l'état actuel du nerf, et si possible, sur l'evolution de son atteinte, il permet aussi une meilleure connaissance des mécanismes de l'atteinte nerveuse (mécanisme de régénérescence nerveuse et évolution des connexions centrales)

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

[redacted]et de situer le niveau des lésions, en dehors des cas précis o[redacted] le [redacted]ent : traumatique (Face, loge parotidienne), post-chirurgicale.

[redacted]plus difficile dans les paralysies de Bell, traumatismes du rocher.

- Il importe au clinicien de situer la lésion par rapport au :
  - Ganglion géniculé
  - Nerf du muscle de l'étrier
  - Corde du tympan

A/ Interrogatoire : +++++

- Troubles du goût = lesion en amont de la corde du tympan.
- Hyperacousie douloureuse = atteinte du nerf du muscle de l'étrier.
- [redacted] cérébelleu[redacted], lesio[redacted] inflammatoir[redacted] o[redacted] infectieus[redacted] ex.Cpltaires

- Atteinte des autres paires (V, VI, IX, X, XI) = Polyneuropathie, A.V du tronc, néo de l'angle ponto-cérébelleux si évo progressive.

B/ Examen clinique :

- Inspection : Éruption dans la zone de Ramsay-Hunt = atteinte du ganglion géniculé.
- Etude de la senisibilité linguale, et celle de la ZRH
- Examen otoscopique : Cholé, tuberculose, carcinome de l'oreille moy = atteinte de la 2ème ou 3ème portion du VII.
- Palpation cervicale haute et parotidienne = Recherche d'une atteinte au sortir du trou stylo-mastoidien ou dans la parotide.

C/ Examens paracliniques :

- Acoumetrie et audiometrie : surdité de transmission ou de perception peut orienter le diagnostic topographique.
- Examen vestibulaire : même utilité.
- Tympanométrie : à la recherche du réflexe stapédien (par stimulation controlatérale ou ipsilaterale), dont l'absence oriente vers une atteinte en amont du nerf du muscle de l'étrier.

- Test de Schirmer (étude de la sécrétion lacrymale) : Ce test apprecie la diminution de la secrétion du coté paralysé/coté sain (<25%), qui permet de prédire du point de vue topographique une atteinte siégeant en amont du ganglion géniculé.

Une alteration du nerf en dessous du GG = test de schirmer normal.

- Test de Blatt (étude de la sécrétion salivaire) : réalisation difficile.
  - Cathétérisme des 2 Whatons, stimulation acide.
  - Intéret avant le 3ème jr de PF (augmentation de la sécrétion d'origine sympathique)
  - est significative 1 diminution de 25% du débit entre les 2 côtés, elle correspond à une atteinte sévère du nerf située avant la corde du tympan.
- Gustométrie :
  - Chimique : utilise des solutions salée, sucrée, acide, amère.
  - Eléctrique : étudie le seuil de sensations gustatives, par application d'un courant anodique sur les 2 hémilangues.
  - Une différence de 30% est pathologique = lesion au dessus de la corde.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Paralysie faciale d'origine centrale :
  - Respecte le territoire supérieur
  - Absence de signe de Charles Bell
  - Association d'autres signes neurologiques
- Déficit moteur : en général symétrique, secondaire à :
  - Myopathie : maladie de Déjerine, Steinert
  - Bloc neuro-musculaire : myasthénie
  - Collagénoses : sclérodermie ,dermatomyosite
- Asymétrie faciale constitutionnelle

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Le diagnostic étiologique doit s'appuyer sur les commemoratifs.

- L'interrogatoire
- [redacted]xamen clinique tout spécialement l'oreille (otoscopie) et la region parotidienne
- Examen neurologique et général

+ L'audiométrie

[redacted] la paralysie faciale apparaît isolée un minimu[redacted] d'examens biologiques semble nécéssaire : VS – NFS.

- Sérologies de la maladie de Lyme, VIH,....
- Explorations radiologiques :

[redacted]rtie des examens de 1ère ligne en dehors des PF [redacted]umatiques, elles se font avec et sans injection de [redacted]ponderation T1, elle permet de caractériser le nerf [redacted]thologique ; en poderation T2 pour imager l'angle pontocérébelleux, CAI, détécter les tumeurs et conflits vasc-nerveux.

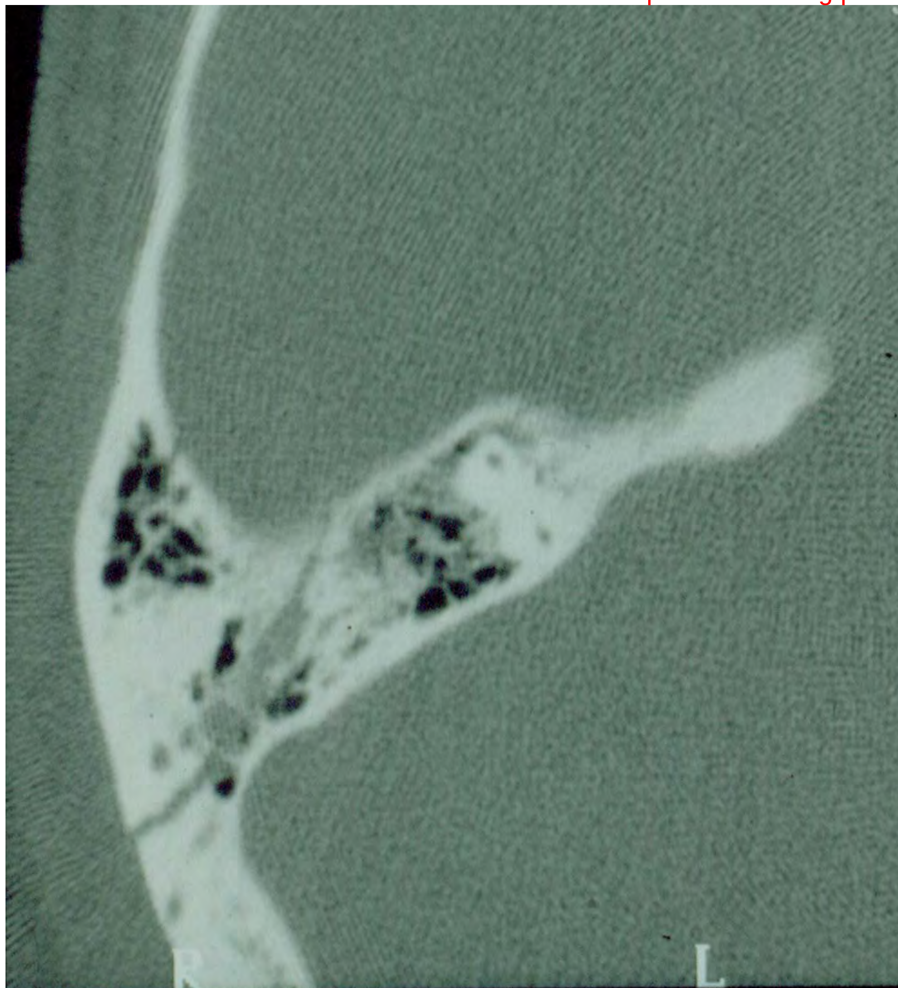
[redacted]iculièrement interessante dans les PF traumatiques, [redacted]'un interêt d 'appoint pour précise[redacted] ou affine [redacted] l [redacted] diagnosi [redacted] étiologiqu [redacted] .

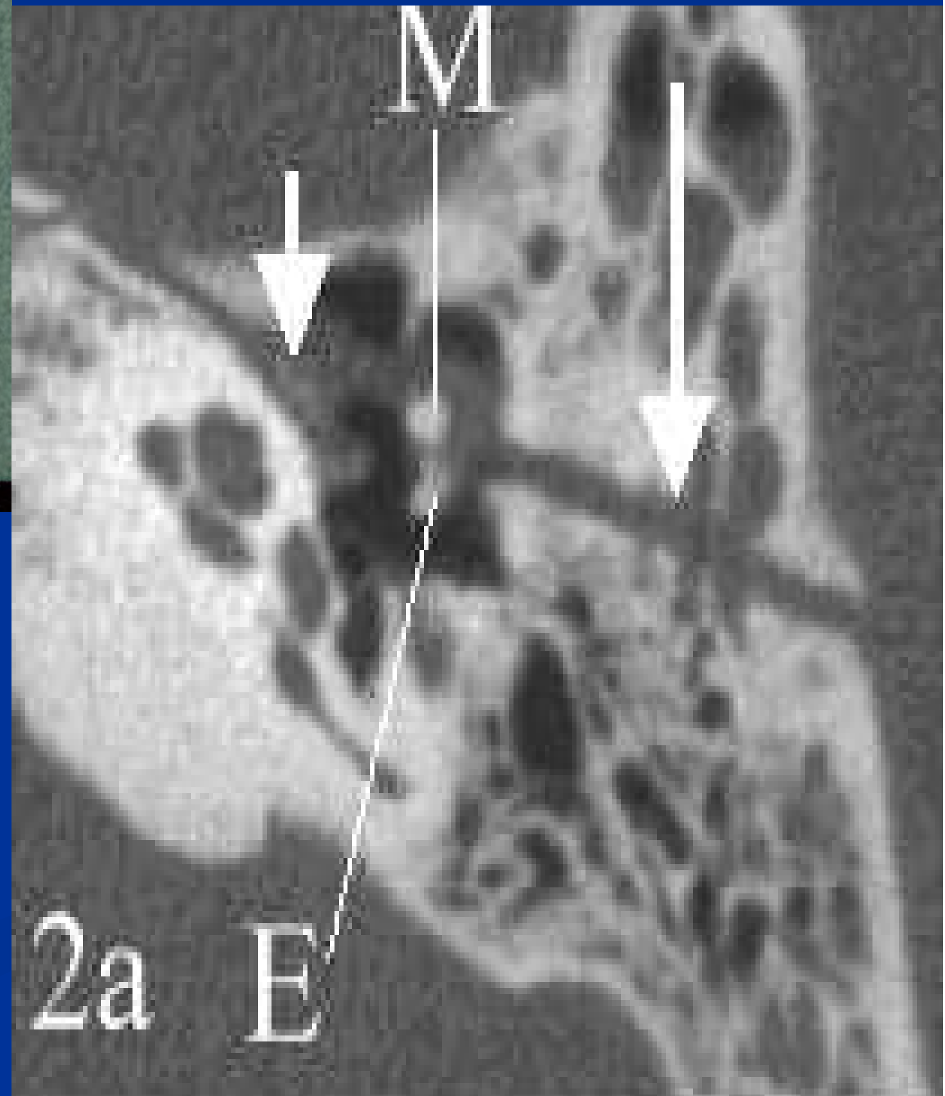
PF pos[redacted] traumatique [redacted] :

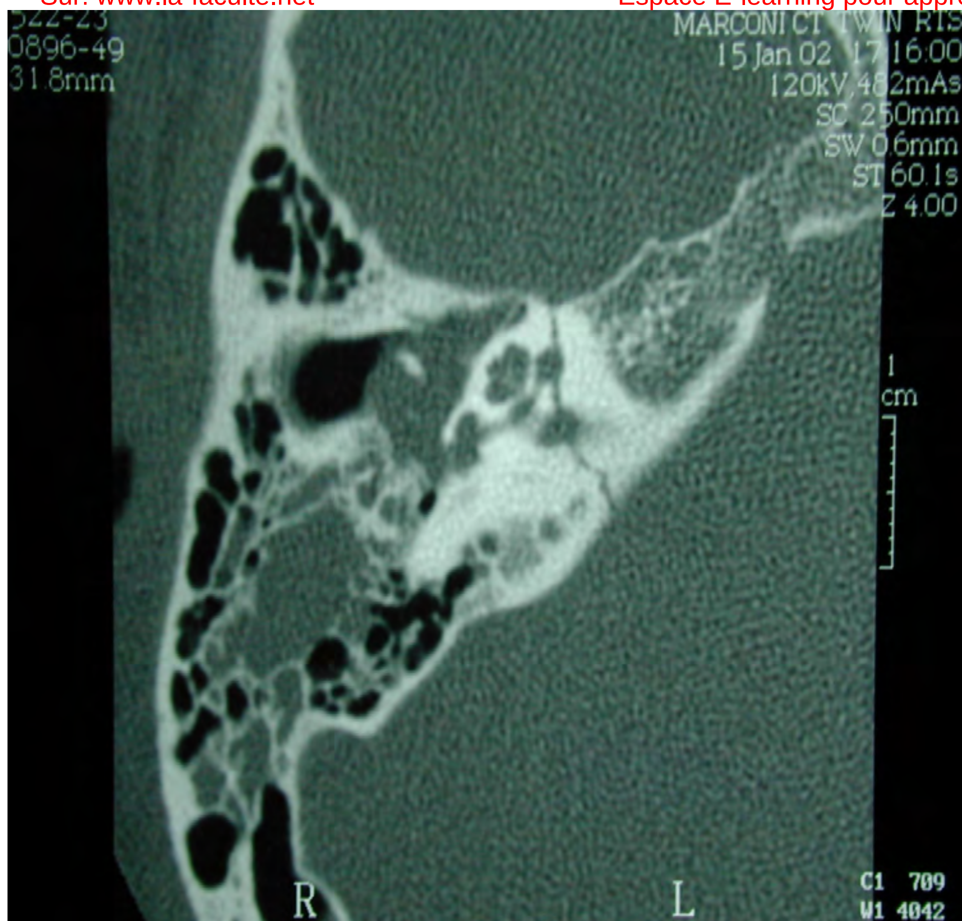
1/ Traumatisme du rocher :

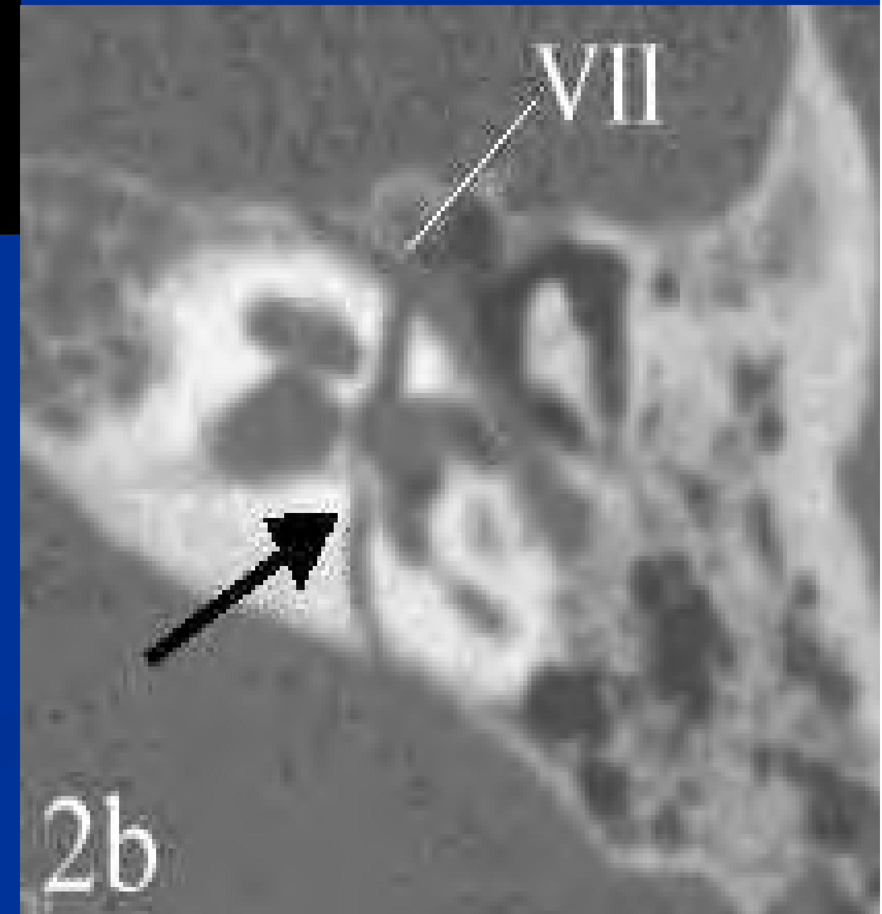
- 1 trauma crânien sur 5, dont 7 à 50% donnent une PF.
- Sujets jeunes.
- 1er abord : PF periph ou centrale?, manoeuvre de pierre marie et foix.
- Otoscopie : hemotympan, perforation, otoliquorrhée.
- Audiométrique : pour détécter un trauma labyrinthique associ[redacted] (SP).
- Bilan radiologique : TDM ++++, permet d'individualiser :
  - Fr labyrhinthique : Perpendiculaire/grand axe du roche[redacted] croisant le nerf au niveau de sa portion tympanique.
  - Fr extra-labyrinthique : trait longitudinal épargnant le labyrinth[redacted] , atteignant le canal facial au niveau du GG géniculé.
- Eléctrophysiologie, si PF totale : ENOG ,EMG au 15ème jr
- En cas de PF incomplète ou retardée : TRT CTC + vasodilatateur.

Si P[redacted] complèt[redacted] et immediate [redacted] neurotmési[redacted] = exploratio[redacted] ch[redacted] .


R
L


M
2a
E


MARCONI CT TWIN RTS
15 Jan 02 17:16:00
120kV 482mAs
SC 250mm
SW 0.6mm
ST 60.1s
Z 4.00
0896-49
31.8mm
1
cm
R
L
C1 709
W1 4042


VII
2b

2[redacted] Traumatisme pénétrant a[redacted] nivea[redacted] de la log[redacted] parotidienn[redacted] :

- Atteinte plus sévère du nerf.

3/ PF iatrogènes :

- Plus fréquentes dans la chirurgie du cholésteatome.
- Evidements : lésion portion tympanique.
- abaissement du mur du facial : lésion portion mastoidienne.
- Technique fermée : lésion du coude ou portion mastoidienne lor[redacted] de la tympanotomie post.
- Chirurgie stapédienne en cas de déhiscence nerveuse.
- Otoplasties.
- Otoneurochirurgie : absence d'épinerve.
- Chirurgie tumeurs parotidiènne, surtout lors des exeèses exhaustive[redacted] , et reprises, l'atteinte est partielle, elle regresse en qlq semaines, les sections feront l'objet de suture ou fibrinocollages immédiats.
- Chirurgie des lifting : rameaux mentonnier et frontal.
- PF post-op retardées : résurgence du HVS, TRT : CTC.

PF INFECTIEUSES

PF OTITIQUE :

1- Otite moyenne aiguë et otomastoïdite : la PF est le plus souvent précoce et cède habituellement si le traitement a été précoce (Paracentése, ATB, CTC, mastoidectomie).

2- Otite moyenne chronique : PF est provoquée par les processus inflammatoires souvent déclenchés par le cholesteatome qui peut aussi dénuder le nerf.

3- Otite tuberculeuse : est rare, 1er Dg à évoquer devant toute PF associée à une otite moyenne chronique non cholestéatomateuse. Elle est de mauvais pronostic.

Diagnostic : recherche du BK par la technique classique ou PCR

4- Otite externe maligne ou nécrosante progressive : de mauvais pronostic, survient surtout chez les sujets immunodéficien[redacted], due le plus souvent au *Pseudomonas aeruginosa*, la PF en est un signe de gravité

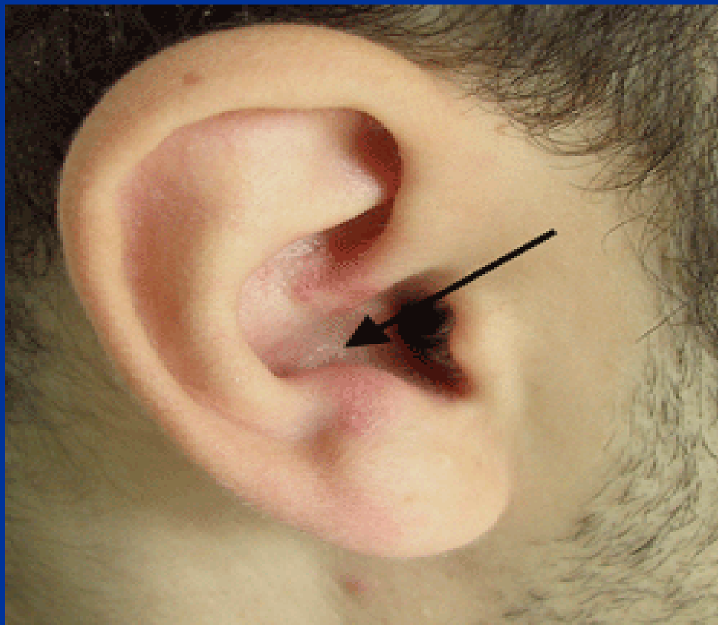
Diagnostic : suppuration, polypes, granulomes dans le CAE[redacted] confirmé par TDM, IRM, scintigraphie

TRT : ATB. Pc tré défavorable

Pl d'origin viral :

- zona du ganglion géniculé : dùe a la résurgence du VZV, La paralysie est concomittante, d'une douleur violente, puis d'une éruption vésiculeuse pathognomonique au niveau de la zone de Ramsay-Hunt (qui peut même là précéder). Elle s'accompagne parfois d'une atteinte cochléaire ou vestibulaire réalisant *le zona otitique de Sicard, ou d'une atteinte des autres nerfs craniens (V, nerfs mixtes)*. L'evolution spontanée peut conduire à des séquelles motrices, Le pronostic est beaucoup plus péjoratif 30 à 50 % des cas.

TRT : aciclovir + CTC.





- Autres atteintes virales : MNI, CMV, rougeole, rubeole, oreillons, hepatite B, grippe, après vaccination antirabique.
- SIDA : La PF peut être révélatrice d'une infection par le VIH, Le Pc fonctionel de ces paralysies est bon.

PF Bacterienne :

- Maladie de Lyme : due a un spirochète *Borrelia burgdorferi* transmis par les tiques.

Diagnostic : Zone d'endemie, notion de piqûre de tiques, d'érythème migrant quelques semaines auparavant.

TRT : ATB Pc : Bon s/TRT médical

- Autres : tétanos, neurobrucellose, lèpre et fièvre typhoïde.

PF TUMORALES :

En général d'évolution progressive.

Pathologie bénigne :

1/ Neurinome du nerf facial :

- Rare, touche plus svt la portion tympanique et le GG géniculé
- PF + signes otologiques.
- La TDM aide au diagnostic, l'IRM le confirme
- La chir n'est pas conseillée quand PF incomplète ou volume non menaçant

2/ Choléstéatome intrapétreux :

- Se manifeste 1 fois/2, par une PF progressive.
- Otoscopie : nle ou image blanchâtre retro-tympanique
- Surdité et vertiges sont fréquents.
- TDM peut faire le Dg, mais il est confirmé par l'IRM
- La chir d'éxérèse et de décompression nerveuse est une urgence.
- L chol d l'oreill mo peu etr source de PF surinfectio).

3, Autre lésion :

- Hémagiome cavérneux : Se développe srt dans la région du GG géniculé, TDM retrouve une image en nid d'abeille,TRT est chir.
- Paragangliome jugulaire évolué : Dg aisé à l'otoscopie.
- Méningiomes intrapétreux : Plus rares
- Adénomes de l'oreille moyenne.

- Neurinome de l'acoustique : sont plus frequents, mais ne donnent que rarement de PF
- Tumeurs du tronc cérébral : association à l'atteinte d'autres paires.

Tumeurs malignes :

- Cancers parotidiens sont les tumeurs les plus pourvoyeuse de PF, le Dg est clinique, TRT chir : éxérèse large + grèffe nerveuse.
- Carcinome épidermoide du CAE : otorrhée, doul, tumeur intraméatique.
- Métastases intrapétreuses : associées à une atteinte du V.

PF A[redacted] frigor[redacted] ml[redacted] de Bell):

- La plus fréquente (50 à 80%).
- Incidence : 20 cas/100.000 habitants/an.
- La resurgence du HSV1 est aujoud'hui l'étiologie la plus retenue.
- L'effet neuropathogène est en relation avec le garot inflammatoi[redacted], et les phénomènes autoimmuns agréssant la gaine de myéline.
- Le début est souvent brutal et nocturne (PF au réveil [redacted] précédé parfois de troubles du goût, douleurs mastoïdiennes.
- Evoltion naturelle : 71% des patients recouvrent une fontion nle, 16% gardent des séquelles
- Surveillance se fait par éléctroneurographie (ENOG).
- Biologie : Rechercher une séroconversion IgG, PCR pdt les 3 premiers jours.
- TRT : CTC qui diminue les phénomènes inflammatoires, et autoimmuns au sein de la myeline, l'application de TRT antivira[redacted] est en cours d'étude, la decompression pourrait être bénéfique mais seulemen[redacted] s[redacted] ell[redacted] es[redacted] fai[redacted] dan[redacted] les 2 première[redacted] semain[redacted] .

PF et maladies générales

1/ Collagénoses :

Rares, Sigalés dans le Sd sec, LED, polychondrite atrophiante

2/ Vascularites :

[redacted]N, où la PF peut s'associer a une atteinte des oculomoteu[redacted], du V,VIII.

- Mdie de Kawasaki : PF, signes cut-muq, atteinte cardiaque.
- Granulomatose de Wegener (Sd réno-pulmonaire)

3/ Sarcoidose : peut donner une PF

- Syn de Heerfordt : Iridocyclite, parotidite, PF.

4/ Sclérose en plaque (SEP) :

où Les PF centrales sont plus fréquentes.

Forme clinique particulières

A/ Diplégies faciales : l'étiologie la plus frq en est le Sd d[redacted] Guillain Barré, le diagnostic clinique est conforté par l'EMG et l'IR[redacted], Son pronostic est bon.

-Une fois ce Dg ecarté, on doit procéder à une PL et un[redacted] IRM.

- Parmi les étiologies les plus nombreuses on retient la mldie de Lyme et la SEP

- plus rarement : infarctus du tronc, carcinomatose méningée

B/ Syndrome de Melkersson-Rosenthal :

- Rare, étiologie inconnue

- PF récidivantes ou à bascule + oedème hémifacial, aspect fissuré de la langue.

- Diagnostic est clinique + biopsie muqueuse = infiltration lymphocytaire péri-vasculaire.

TRT : CTC, +ou- décompression chir si récidive Pc est bon

C[redacted] Form[redacted] du nouvea[redacted] n[redacted] :

- Le Dg se fait lors des pleurs
- L'etiologie la plus fréquente : trauma obstétrical
- Régrèssent en qlq jrs ou qlq semaines.
- Il convient sinon de rechercher un hypoplasie du VII.
- Hypoplasie du rameau mentonnier (lèvre inf) + cardiopathie congénitale = Sd de Cayler.
- Diplégie faciale + paralysie bilatérale du VI = Sd de moebius
- Les aplasies majeures de l'oreille peuvent donner une PF, leur association à une hypoplasie laterofaciale unilat = Syn oto-mandibulaire, si l'hypoplasie laterofaciale est bilaterale = Syn de Franceschetti Zwahlen.

D/ Forme de l'enfant :

- Mêmes étiologies que chez l'adulte avec une plus grande fréquence des formes ototiques et virales.
- la PF à frigore reste l'étiologie la plus frq.




1


2





E/ Forme de la femme enceinte :

- La PF est 3 à 4 fois plus fréquente que chez la femme en dehors de la grossesse.
- Apparaît en général au T3, et en post-partum précoce.
- plus grande susceptibilité à l'oedème.
- Elle doit faire craindre un risque de toxemie gravidique = attention aux CTC
- Pc favorable.

F/ Causes métaboliqes et toxiques :

- Le diabète srt de type 1 est une cause reconnue de diplegie faciale.
- Il aggrave le pc des PF A frigore.
- Les dysglobulinémies, les carences vitaminiques B1, B12
- Toxiques : Pb, Chlore, CO, l'ectasy,....

Etiologie					Topographie	
Tumeurs	Virus			SEP	Noyaux centraux	
Tumeurs	Virus				Espace ponto-cérébelleux	
Tumeurs	Virus	Traumatisme	Paralysie à frigore		Rocher	1ère portion
Tumeurs	Virus	Traumatisme	Paralysie à frigore	Otites	Rocher	2ème portion
Tumeurs	Virus	Traumatisme	Paralysie à frigore	Otites	Rocher	3ème portion
Tumeurs		Traumatisme			Parotide	

Conclusion

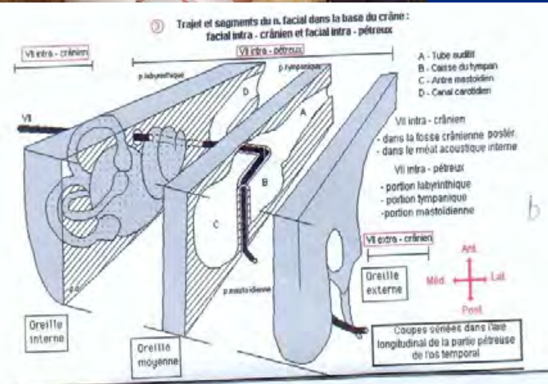
Le nerf facial est le nerf de l'émotion et de la communication non verbale

Sa paralysie est source de troubles fonctionnels et psychologiques sévères allant bien au delà d'un simple handicap

La paralysie faciale à frigore est de loin l'étiologie la plus fréquente, qui évolue le plus souvent vers la récupération

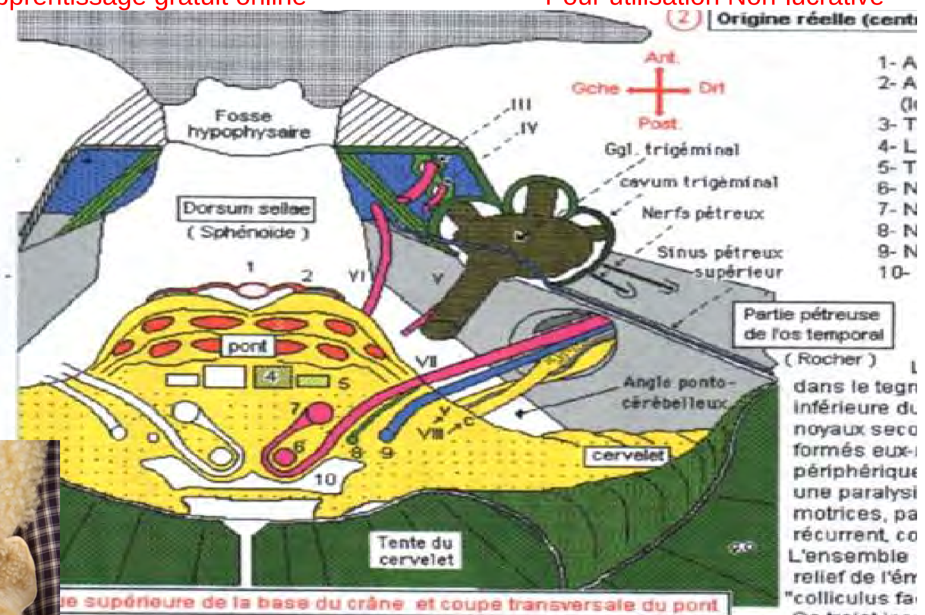
Les autres étiologies sont à l'origine d'un préjudice esthétique important retentissant sur la vie sociale



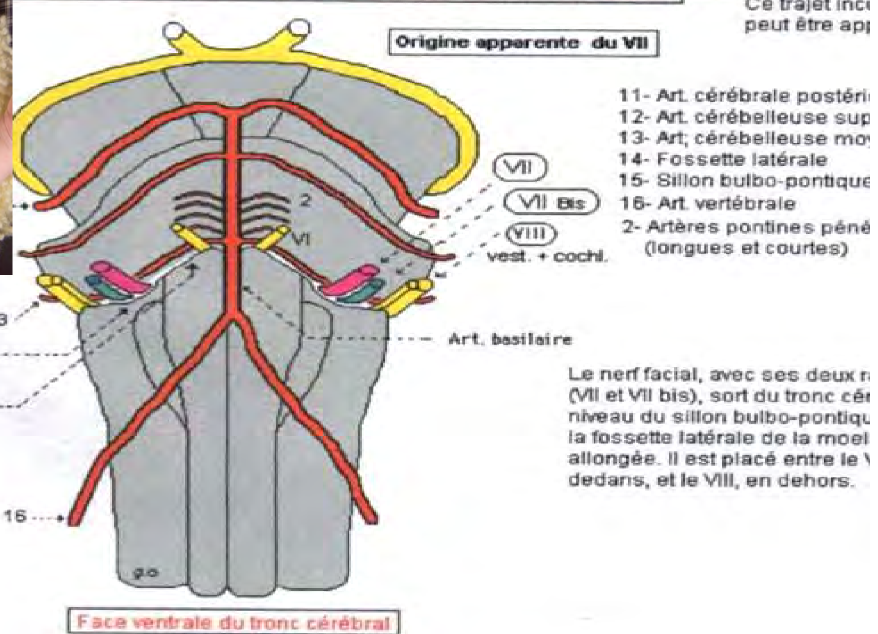


Trajet et segments du n. facial dans la base du crâne :
facial intra - crânien et facial intra - pétreux
VI intra - crânien
VII intra - pétreux
p.labyrinthique
p.tympanique
A - Tube auditif
B - Caisse du tympan
C - Antre mastoïdien
D - Canal carotidien
VII intra - crânien
- dans la fosse crânienne postér.
- dans le méat acoustique interne
VII intra - pétreux
- portion labyrinthique
- portion tympanique
- portion mastoïdienne
VII extra - crânien
Oreille externe
Oreille interne
Oreille moyenne
Ant.
Méd
Lat.
Post.
Coupes sériées dans l'axe longitudinal de la partie pétreuse de l'os temporal



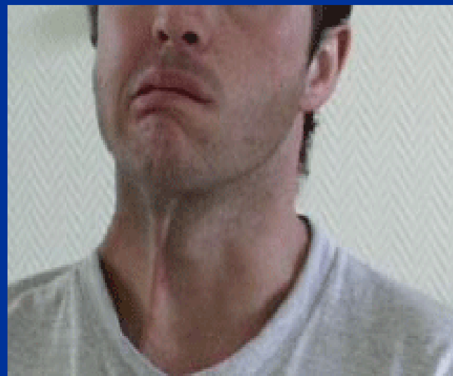


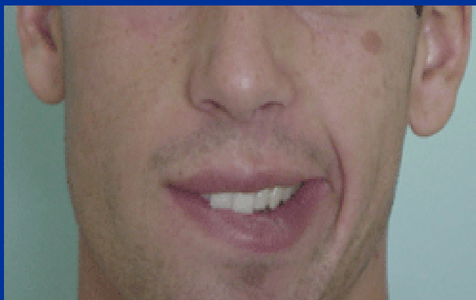
Origine réelle (cent
Fosse hypophysaire
Dorsum sellae
(Sphénoïde)
Ant.
Gche
Drt
Post.
III
IV
Ggl. trigéminal
cavum trigéminal
Nerfs pétreux
Sinus pétreux supérieur
Partie pétreuse de l'os temporal
(Rocher)
pont
VI
V
VII
VIII
Angle ponto-cérébelleux
cervelet
Tente du cervelet
1- A
2- A
3- T
4- L
5- T
6- N
7- N
8- N
9- N
10-
dans le tegm
inférieure du
noyaux seco
formés eux-
périphérique
une paralysi
motrices, pa
récurrent, co
L'ensemble
relief de l'ém
"colliculus fa
Ce trajet inc
peut être app
e supérieure de la base du crâne et coupe transversale du pont



Origine apparente du VII
11- Art. cérébrale postéri
12- Art. cérébelleuse sup
13- Art; cérébelleuse mo
14- Fossette latérale
15- Sillon bulbo-pontique
16- Art. vertébrale
2- Artères pontines pén
(longues et courtes)
VII
VII Bis
VIII
vest. + cochl.
VI
Art. basilaire
Le nerf facial, avec ses deux r
(VII et VII bis), sort du tronc cé
niveau du sillon bulbo-pontiqu
la fossette latérale de la moel
allongée. Il est placé entre le
dedans, et le VIII, en dehors.
Face ventrale du tronc cérébral








1
2